

**Formulario de Información  
Anual de 2020**



<b>uso de oficina solamente</b>	
PDF _____	Date _____
RecTrac _____	Date _____
Details/Status _____	Date _____

Nombre del participante \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Distrito de Parque \_\_\_\_\_

P/Madre 1 Nombre \_\_\_\_\_ Cell # \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

P/Madre 2 Nombre \_\_\_\_\_ Cell # \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Nombre de guardián \_\_\_\_\_ Cell # \_\_\_\_\_ Trabajo# \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Distrito # \_\_\_\_\_ Profesor \_\_\_\_\_ Permiso para consultar con el maestro  Si  No

Hogar de grupo/instalación residencial \_\_\_\_\_ Permiso para consultar con Trabajador de Casos  Si  No

Gerente/Trabajador de casos \_\_\_\_\_ Gerente/Trabajador de casos # \_\_\_\_\_

Numero de emergencia de Fin de semana y/o emergencia \_\_\_\_\_

**Contactos de Emergencia y Permiso de transporte**  
(adicional de los padres/guardiánes)

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Transporte?  Si  No

Numero de Casa \_\_\_\_\_ Numero de Celular \_\_\_\_\_ Number de Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Transporte?  Si  No

Numero de Casa \_\_\_\_\_ Numero de Celular \_\_\_\_\_ Number de Trabajo \_\_\_\_\_

Permiso de transporte en vehículos de SEASPAR?  Si  No

Ubicaciones de transporte (salida y vuelta)  Denning Park  Lemont  SEASPAR  Varía

Salida independiente (18 años o más) ¿Es capaz de esperar independiente?  Si  No ¿Es capaz de regresar a casa por su cuenta?  Si  No

¿Este permiso se aplica a todos los programas?  SI  No En caso de No, Por favor especifique \_\_\_\_\_

**Behavior/Communication**

<input type="checkbox"/> Búsqueda de atención	<input type="checkbox"/> Jalando del cabello	<input type="checkbox"/> Eliminación de la ropa	<input type="checkbox"/> Lanzamiento de objetos
<input type="checkbox"/> Morder	<input type="checkbox"/> Golpear / patear	<input type="checkbox"/> Carreras / vagabundeos	<input type="checkbox"/> Estallido verbal
<input type="checkbox"/> Desafío/rechazo	<input type="checkbox"/> Hiperactivo	<input type="checkbox"/> Autoabusivo	
<input type="checkbox"/> Transiciones difíciles	<input type="checkbox"/> Conmoverdor Inadecuados	<input type="checkbox"/> Escupir	
<input type="checkbox"/> Fácilmente distraído	<input type="checkbox"/> Manipuladora	<input type="checkbox"/> Roba	
<input type="checkbox"/> Miedo	<input type="checkbox"/> Pelliczar	<input type="checkbox"/> Tantrums/meltdowns	
<input type="checkbox"/> Otro _____			

Cumple con peticiones verbales y direcciones  Responde a instrucciones verbales/sin palabras  Responde al refuerzo positivo

¿Tiene el participante un plan de comportamiento?  Si  No (En caso afirmativo, adjunte)

Método de comunicación:  Tablero de comunicación  Comunicación facilitada

Comunicación alternativa  Lenguaje de señas  Otro \_\_\_\_\_

Por favor Indique cualquier necesidad sensorial que el participante pueda tener \_\_\_\_\_

Información adicional \_\_\_\_\_

## Información médica

### Condiciones médicas

Discapacidad/Diagnóstico \_\_\_\_\_

Alergias  Si  No (por favor, note alergias y reacciones) \_\_\_\_\_

Restricciones dietéticas  Si  No (por favor describa, es decir, ácteos, sin gluten, etc.) \_\_\_\_\_

Desorden de la sangre  Si  No \_\_\_\_\_

Diabetes  Si  No (En caso afirmativo, se requiere un Plan de Diabetes

Síndrome de Down  Si  No resultado de la prueba ASC?  Positive  Negativo  No probado

G-Tube  Si  No (En caso afirmativo, adjunte las instrucciones)

Discapacitados auditiva  Si  No \_\_\_\_\_

Condición cardíaca  Si  No \_\_\_\_\_

Convulsiones  Si  No (En caso afirmativo, se requiere un Plan de Convulsiones)

Discapacitado visualmente  Si  No

Otros (asma, enfermedad crónica, etc.) \_\_\_\_\_

### Medicamentos (enumere todos los medicamentos recetados tomados, incluso si no se toman en el programa)

Nombre del medicina(de marca o genérico)	Dosis	Horario	Razón	Efectos secundarios
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

\*Adjunte la hoja con medicamentos adicionales si es necesario.

¿Es el participante responsable de la automedicación en los programas?  Si  No

¿El personal necesita recordar al participante que tome medicamentos?  Si  No

Entiendo que es mi responsabilidad dar el medicamento directamente al personal de SEASPAR dentro un sobres individuales con instrucciones escrita claramente en etiquetados. En todos los casos, la dispensación de medicamentos sólo se puede cambiar o modificar usando este formulario. Por la presente reconozco que la información anterior proporcionada para la dispensación de medicamentos para el participante es preciso. También entiendo que es mi responsabilidad informar a SEASPAR si se producen cambios en la dispensación de medicamentos.

En todos los casos, no se excederá la dosis recomendada de cualquier medicamento. Si después de administrar la medicación hay una reacción adversa, doy mi permiso a SEASPAR para asegurar de cualquier médico del hospital con licencia y / o personal médico cualquier tratamiento que se considere necesario para la atención inmediata. Acepto ser responsable del pago de todos y cada uno de los servicios médicos prestados.

Reconozco que hay ciertos riesgos de lesiones físicas en relación con la administración de medicamentos al participante. Teniendo en cuenta la administración de medicamentos de SEASPAR, por el presente libero o descargo completamente a SEASPAR, y a sus funcionarios, agentes, empleados y voluntarios de todas y cada una de los reclamaciones por lesiones, daños y pérdidas que el participante pueda tener, que surjan, relacionados con, incidentales o de cualquier manera asociadas con la administración de medicamentos. Además, acepto indemnizar, eximir de responsabilidad y defender a SEASPAR, sus oficiales, agentes, empleados y voluntarios de todas y cada una de las reclamaciones resultantes de lesiones, daños y pérdidas sufridas por el participante y que surjan de, relacionadas, incidentales o de cualquier manera asociadas con la administración de medicamentos.

Firma del Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del participante (más de 21) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Requisitos personales/físicos

### Dispositivos de asistencia

Silla de ruedas     Si     No      Tipo de silla     Manual     Eléctrico      Transporte sólo en silla de ruedas?     Si     No

¿Necesita el participante ayuda con las transferencias?     Si     No    (En caso afirmativo, se requiere un Plan de Transferencia)

¿Transferencia a la silla o al suelo?     Si     No      ¿Transferencia a asiento en teatro o restaurante?     Si     No

Indique si se utiliza:     Cochecito       caminante       Baston/Cruzadas     Dispositivo protésico     AFOs     Otros \_\_\_\_\_

Animal de servicio (describa) \_\_\_\_\_

¿Qué nivel de asistencia necesita participante?	Completo	Moderado	Independiente	Detalles
Comer/beber (cortar alimentos, usos de paja, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aseo (pañales, catéter, limpiezag, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vestir/Desvestirse (atando zapatos, tirando de traje de baño, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Manejo de dinero (monitor para un cambio correcto, sin concepto, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lectura (nivel de comprensión, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Responsabilidad (mantener un registro de las pertenencias, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Seguridad (cruzar la calle, seguridad del agua, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Por favor, seleccione la capacidad de natación     No puede nadar       Necesita un dispositivo de flotación

Puede nadar una longitud de piscina sin dispositivo de flotación       Nadador independiente competitivo/multivuelta

Por favor, indique la necesidad de boliche     Rampa       Topes

### Programas deportivos/campamento de día

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Tamaño del zapato \_\_\_\_\_

Tamaño de la camiseta:     Niño     Adulto

Pequeño     Mediano     Grande     XL     2XL     3XL     4XL

Tamaño de los pantalones cortos:     Niño     Adulto

Pequeño     Mediano     Grande     XL     2XL     3XL     4XL

Por favor, díganos de cualquier información relativa al participante que ayude nuestro personal a garantizar un programa seguro y agradable para él / la registrante. Recuerde que cuanto más le diga a SEASPAR, mejor podremos satisfacer las necesidades de cada participante.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique amigos del participante que asisten actividades con SEASPAR \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del participante (más de 21) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_